

範本

國立臺灣師範大學附屬高級中學(國中部)學生健康檢查紀錄卡

學號

11400000

學生基本資料

入學日期	114 年 8 月	轉學	年 月	畢業國小	華安	姓名	王小明
出生日期	102 年 1 月 1 日	血型	O	性別	☒ 男 ☐ 女	身分證字號	A123456789
戶籍地址	台北縣大安市區信義路三段巷弄143號樓室						
現居地址	☒ 同上 ☐ 如右:					學生手機:0922000000	
家長監護人及附近親友緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	年級(寫班號)班級	座號
	父	王子	2707-0000	2715-0000	0923000000	七年 305 班	1 號
	母	林夏好	2707-0000		0924000000	八年 班	號
						九年 班	號

健康基本資料

個人疾病史： 本人曾患過的疾病	☐ 1. 心臟病 ☐ 2. 第__型糖尿病 ☐ 3. 腎臟病 ☐ 4. 血友病 ☐ 5. 蠶豆症 ☐ 6. 肺結核 ☐ 7. 氣喘	☐ 8. __型肝炎 ☐ 9. 癲癇 ☐ 10. 腦炎 ☐ 11. 疝氣(左、右) ☐ 12. 過敏物質： ☐ 13. 重大手術名稱：	☐ 14. 罕見疾病： ☐ 15. 海洋性貧血： ☐ 16. 紅斑性狼瘡 ☐ 17. 關節炎 ☐ 18. 心理或精神疾病： ☐ 19. 癌症： ☐ 99. 其他： ☒ 無，至目前為止身體狀況一切正常	特殊疾病現況或應注意事項 ☐ 詳如病歷摘要(入學後若有新增疾病請主動告知導師及健康中心) ☐ 領有重大傷病證明卡， 診斷項次別： ☐ 領有身心障礙手冊， 類別： 等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度
上述疾病目前是否持續治療中 ☐ 否 ☐ 是(請續填寫醫療院所名稱與治療藥物名稱與服用方式) 醫療院所名稱： 治療藥物名稱與服用方式： ☐ 否 ☐ 是 若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)或診斷書，做為照護參考。 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂，疾病名稱 法定代理人：領有身心障礙手冊，稱謂：，等級 ☐ 極重度 ☐ 重度(其他級別不調查)				

經常性檢查及矯治追蹤

生長發育	項目	年級	七上	七下	八上	八下	九上	九下	
	身高(公分)								
	體重(公斤)								
	體位評估	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	
	視力檢查及矯治追蹤	裸眼	右						
		左							
	矯正	右							
		左							
	屈光異常類別	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視
		屈光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
散光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左		
	處置情形	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療(長、短) ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長
現存視力處置	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	

注意事項

- 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，請聯絡上列親友。
- 續上述，若無法聯絡到父母及上列親友時，學校可依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。
※責任醫院為：臺北市立聯合醫院(仁愛院區)。
- 往返車資由家長自行負擔。
- 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料。家長簽名：王子 (請務必簽全名，勿蓋章)

學號	11400000		班級/座號	305 / 1		姓名	王小明	
檢查日期	114 年 9 月 23-26 日							
檢查項目	檢查結果 (異常者打勾)						檢查醫師簽章	
	腰圍：_____ 公分							
眼睛	☐ 無明顯異常		☐ 辨色力異常 ☐ 斜視： ☐ 外斜、 ☐ 內斜 ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其他_____					
頭頸	☐ 無明顯異常		☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊：(☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大) ☐ 其他_____					
耳鼻喉	☐ 無明顯異常		聽力異常： ☐ 左 ☐ 右 ☐ 其他_____					
胸腔	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 心肺疾病：(☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常) ☐ 胸廓異常 ☐ 其他_____					
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 異常腫大 ☐ 其他_____					
脊柱四肢	☐ 無明顯異常		☐ 脊柱側彎 ☐ 結構異常(☐ 多併指/趾 ☐ 關節變形 ☐ 其他結構異常) ☐ 蹲距困難 ☐ 其他_____					
泌尿生殖	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 陰囊腫大 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他_____ ※僅限男生受檢					
皮膚	☐ 無明顯異常		☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 溼疹 ☐ 其他_____					
口腔	1. 未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 2. 已治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 3. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有； ☐ 上顎 ☐ 16 ☐ 26、 ☐ 下顎 ☐ 36 ☐ 46 4. 恆牙第一大臼齒窩溝封填： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 牙周病 ☐ 乳牙待拔牙 ☐ 待拔牙 ☐ 贅生牙 ☐ 缺牙 ☐ 阻生牙 ☐ 咬合不正 ☐ 口腔黏膜異常 ☐ 其他_____							
增列檢查項目								
總評建議	☐ 無明顯異常 ☐ 有異狀，需接受_____科醫師診治 ☐ 其他建議： ☐ 雖然有異狀，但目前不須追蹤治療，請持續觀察						承辦檢查醫院 台北市立聯合醫院(仁愛院區)	
尿液檢查	初查日期：114 年 9 月 16 日		複查日期：114 年 9 月 30 日		複查結果追蹤			
	尿蛋白 () 尿糖 ()		尿蛋白 () 尿糖 ()		☐ 無異狀			
	潛血 () 酸鹼度 ()		潛血 () 酸鹼度 ()		☐ 須持續追蹤			
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註			
	心臟病篩檢(心電圖)		兒童心臟病基金會	☐ 無異狀 ☐ 需聽診				
	心臟病篩檢(聽診)		兒童心臟病基金會	☐ 無異狀 ☐ 需轉診				
疫苗接種記錄	疫苗種類/廠牌	接種日期	疫苗種類/廠牌	接種日期				
	流感疫苗/		新冠肺炎疫苗/					
	流感疫苗/		新冠肺炎疫苗/					
	流感疫苗/		新冠肺炎疫苗/					
	HPV 疫苗 ■嘉喜 9 價 ☐ 保蓓 2 價							
	HPV 疫苗 ☐ 嘉喜 9 價 ☐ 保蓓 2 價							
在學期間重大傷病事故		重要記錄卡 請妥善保存 畢業時發還						
健康管理綜合紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 ☐ 1. 已完成複查與矯治，科別： ☐ 牙科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻喉科 ☐ 新陳代謝科 ☐ 骨科 ☐ 皮膚科 ☐ 小兒內外科 ☐ 泌尿/內分泌科 ☐ 其他_____ ☐ 2. 需持續追蹤矯治項目： ☐ 牙科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻喉科 ☐ 新陳代謝科 ☐ 骨科 ☐ 皮膚科 ☐ 小兒內外科 ☐ 泌尿/內分泌科 ☐ 其他_____ 個案管理摘要記載：							

備註：本資料蒐集依學校衛生法。僅用於學生健康資料管理、保健醫療服務。

2025 年 7 月修訂

★重要文件請勿遺失★